



Zyskaj spokój i przyjdź na MAMMOGRAFIE

Miejscowość.....

Data.....

SKIEROWANIE NA BADANIE MAMMOGRAFICZNE

Imię i nazwisko.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres.....

Tel. kontaktowy

Cel badania: *profilaktyka, badanie diagnostyczne**

*właściwe zaznaczyć

.....
Podpis i pieczęć lekarza

LUX MED Diagnostyka Sp. z o.o.

ul. Postępu 21C
02-676 Warszawa

tel. 22 450 45 00
22 450 50 05
fax 22 331 85 85

Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS 0000363849
NIP: 521-357-82-40
Regon: 142570606
Wysokość kapitału zakładowego:
2.118.100,00 zł

